



دستورالعمل کمک هزینه های درمانی. کمک هزینه های آروتز / پروتز و کمک هزینه های دندانپزشکی

سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت

جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۳

دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت
جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۳

صفحه	عنوان
۱	کلیات
۲	کمک هزینه سمعک
۲	کمک هزینه تعمیرات و باتری حلزون شنوایی
۳	کمک هزینه عینک
۴	کمک هزینه لنز تماسی
۵	کمک هزینه لنز داخل چشمی IOL
۵	کمک هزینه پروتز چشم مصنوعی
۶	کمک هزینه لیزیک
۷	کمک هزینه های دندانپزشکی
۹	کمک هزینه ارتودنسی
۱۱	کمک هزینه ایمپلنت
۱۳	کمک هزینه ایمپلنت ایثارگران
۱۴	کمک هزینه جوراب واریس
۱۴	کمک هزینه جوراب آنتی آمبولی و آستین طبی
۱۴	کمک هزینه پروتز سینه اکسترنال
۱۵	کمک هزینه کفش طبی
۱۵	کمک هزینه ارتزهای سرپایی
۱۵	کمک هزینه عصا و واکر
۱۶	کمک هزینه زایمان طبیعی و سزارین
۱۷	کمک هزینه خدمات پزشکی و درمانی در منزل
۱۷	کمک هزینه خدمات فیزیوتراپی در منزل
۱۸	کمک هزینه درمان ناباروری
۲۰	کمک هزینه ختنه
۲۰	هزینه اقامت همراه بیمار
۲۱	کمک هزینه گلوکومتر
۲۱	کمک هزینه پمپ انسولین و منضمت آن
۲۱	کمک هزینه آلرژی
۲۲	انجام واکسیناسیون خارج از برنامه کشوری
۲۳	کمک هزینه تجهیزات پزشکی
۲۴	کمک هزینه لوازم مصرفی بیماران
۲۴	کمک هزینه ارتزها و پروتزها و اعضای مصنوعی ایثارگران
۲۵	کمک هزینه سایر ارتزها و پروتزها

«بسمه تعالی»

کلیات

- بازنگری دستورالعمل و افزایش عناوین و مبلغ کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز/پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی با در نظر گرفتن میانگین افزایش سالانه شاخص بهای خدمات بهداشت و درمان صورت پذیرفته است. عوامل تعیین کننده در کارشناسی های انجام شده جهت بازنگری مبالغ کمک هزینه‌ها، تغییر شاخص بهای گروه های خدمات پزشکی، دندانپزشکی، پیراپزشکی، هزینه های بیمارستانی، دارو، لوازم و مواد طبی و نیز تعرفه های جاری خدمات تشخیصی و درمانی در کشور بوده است. به منظور هماهنگی در تایید و پرداخت کمک هزینه های فوق الذکر در مورد شاغلین و بازنشستگان، نظرات معاونت محترم سلامت، بهداشت و درمان صندوقهای بازنشستگی، پس انداز و رفاه کارکنان صنعت نفت در مفاد این دستورالعمل مورد توجه قرار گرفته است.
- مضافاً اینکه «مجموعه مقررات و دستورالعمل‌های درمانی سازمان» و نیازهای جدید، در اصلاح و افزایش عناوین کمک هزینه ها مبنا قرار گرفته است.
- تاریخ اجرای دستورالعمل از زمان ابلاغ توسط اداره کل تدوین و هماهنگی مقررات اداری و استخدامی کارمندان وزارت نفت می باشد. هزینه های رسیدگی نشده در واحدهای درمان غیر مستقیم با تاریخ فاکتور بعد از ابلاغ دستورالعمل با تعرفه های جدید قابل محاسبه خواهد بود.
- پرداخت کلیه کمک هزینه های درمانی، کمک هزینه های اروتز/ پروتز و کمک هزینه های دندانپزشکی مندرج در این دستورالعمل برعهده شرکت‌ها/مدیریت‌های نفتی می باشد.
- مهلت ارائه اسناد هزینه‌ها، حد اکثر ۶ ماه بعد از تاریخ دریافت اروتز/ پروتز و یا خدمت مربوطه میباشد.
- پس از تأیید هزینه قابل پرداخت در منطقه بهداشت و درمان، ثبت موارد کمک هزینه های تأیید شده در نرم افزار جمعیت طبی تحت وب الزامی است.
- آن دسته از کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه های اروتز/ پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی مندرج در این دستورالعمل - که برایشان مبلغ ریالی تعیین شده است - برای مشمولین « طرح درمان اینثارگران » تا سقف دو (۲) برابر نرخ مصوب سازمان قابل تأیید بوده و بازپرداخت آن برعهده شرکت‌ها/ مدیریت‌ها می‌باشد.
- در صورت وجود هرگونه ابهام و اشکال، لازم است موارد از ستاد سازمان استعلام گردد.

سمعک

الف : کمک هزینه سمعک یک گوش

- با ارائه مستندات مربوطه (گزارش شنوایی سنجی، تجویز پزشک متخصص گوش و حلق و بینی و فاکتور معتبر)
- ۱۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

ب : کمک هزینه سمعک دو گوش

- صرفاً جهت اطفال زیر ۱۸ سال با ارائه مستندات مربوطه (گزارش شنوایی سنجی، تجویز پزشک متخصص گوش و حلق و بینی و فاکتور معتبر) و تأیید شورای پزشکی منطقه ۳۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

ج : کمک هزینه تعمیر / باتری سمعک

- حداکثر برای تعمیر هر سمعک ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال در طی دوره یک ساله
- حداکثر برای باتری سمعک ۲۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال در طی دوره شش ماهه

توضیحات :

در صورت بروز حوادث ناشی از کار که باعث شکستن سمعک گردد، با ارائه گزارش حادثه که به تأیید امور اداری شرکت مربوطه رسیده است و پس از تأیید شورای هزینه‌های درمانی منطقه، پرداخت کمک هزینه سمعک تا قبل از اتمام مدت تعیین شده بلامانع است.

تعمیرات و باتری حلزون شنوایی

هزینه تعویض قطعات و تعمیرات تجهیزات مربوط به حلزون شنوایی و هزینه تهیه باتری قابل شارژ و یکبار مصرف آن با ارائه فاکتور معتبر و با تأیید شورای هزینه‌های درمانی سازمان، بر عهده شرکتها / مدیریتهای قابل پرداخت می باشد.

عینک

الف : کمک هزینه عینک بزرگسالان بالای ۱۴ سال

فریم ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

یک جفت شیشه (عدسی) ۱۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر سال در صورت تغییر نمره عینک

ب : کمک هزینه عینک اطفال تا پایان ۱۴ سالگی

فریم ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۱/۵ سال یکبار

یک جفت شیشه (عدسی) ۱۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر سال در صورت تغییر نمره عینک

ج : کمک هزینه عینک دو دید یا شیشه Progressive (تدریجی) به عنوان جایگزین موارد غیر دو دید

فریم ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

یک جفت شیشه (عدسی) ۳۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر سال در صورت تغییر نمره عینک

توضیحات :

۱- کمک هزینه عینک دور و عینک نزدیک بطور همزمان و یا در فاصله حداکثر ۳ سال برای بزرگسالان و ۱/۵ سال برای اطفال ، بطور جداگانه و به صورت دو فریم و دو شیشه قابل پرداخت خواهد بود.

۲- پرداخت هزینه عینک و لنز به صورت همزمان در مواردی چون جراحی کاتارکت و کراتوکونوس با تجویز پزشک متخصص چشم و تأیید شورای پزشکی منطقه بلامانع است.

۳- در صورت بروز حوادث ناشی از کار که باعث شکستن عینک گردد ، با ارائه گزارش حادثه که به تأیید امور اداری شرکت مربوطه رسیده است و پس از تأیید شورای هزینه‌های درمانی منطقه، پرداخت کمک هزینه عینک تا قبل از اتمام مدت تعیین شده بلامانع است.

لنز تماسی

الف: کمک هزینه یک جفت لنز تماسی نرم بزرگسالان

۲۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۱/۵ سال یکبار

ب: کمک هزینه لنز تماسی اطفال (اطفال زیر دو سال که درمان کاتاراکت انجام داده‌اند)، پس از تایید شورای پزشکی منطقه قابل پرداخت می باشد.

ج: کمک هزینه یک جفت لنز تماسی سخت

۴۸,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

در موارد تغییرات سریع ناشی از کراتوکونوس در اطفال (تا ۱۴ سال) با تأیید شورای پزشکی منطقه زودتر از ۳ سال نیز قابل پرداخت می باشد.

توضیحات:

مقررات مربوط به تأیید و پرداخت کمک هزینه لنز تماسی به شرح زیر اعلام میگردد:

۱- اندیکاسیون دریافت لنز تماسی:

- میوپی و هیپرمتریوپی بیش از ۷ دیوپتر

- آفاکیا

- کراتوکونوس

- آنیزومتروپی به تشخیص چشم پزشک و تأیید شورای پزشکی منطقه (که بیمار به علت اختلاف

بالای نمره عینک دوچشم قادر به تحمل عینک نباشد)

- ۲- هزینه انجام توپو گرافی و پاکی متری برای تجویز لنز به عهده شرکت / مدیریت قابل پرداخت است .
- ۳- پرداخت کمک هزینه عینک و لنز به طور همزمان و یا در فاصله حداکثر ۳ سال برای بزرگسالان و ۱/۵ سال برای اطفال ، فقط در موارد کاتاراکت و کراتوکونوس پس از تأیید مسئول بخش چشم پزشکی / چشم پزشکی معتمد بهداشت و درمان منطقه امکان پذیر است.
- تبصره : در عیوب انکساری پرداخت یکی از موارد عینک یا لنز امکانپذیر است . در صورتیکه فردی هزینه عینک کامل را دریافت کرده و در فاصله حداکثر ۳ سال برای بزرگسالان و ۱/۵ سال برای اطفال تا ۱۴ سال ، به علت تغییر شماره چشم متقاضی دریافت لنز تماسی باشد پرداخت کمک هزینه آن فقط معادل هزینه شیشه بلامانع است .

لنز داخل چشمی IOL

- الف : کمک هزینه لنز داخل چشمی جهت اصلاح عیوب انکساری (مانند آرتیزان ، آرتیفلکس ، وریسایس، وریفلکس و لنزهای فیکیک اتاق خلفی) ، هر چشم به مبلغ ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- ب : هزینه انجام هرگونه عمل جراحی گذاشتن لنز داخل چشمی جهت اصلاح عیوب انکساری طبق مقررات جاری در مورد سایر اعمال جراحی قابل محاسبه بوده و پرداخت آن بر عهده سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت می باشد.
- ج : کمک هزینه لنز داخل چشمی IOL که در هنگام سایر جراحی ها نظیر کاتاراکت و یا PHACO مورد استفاده قرار می گیرد ، برای هر چشم به صورت گلوبال به مبلغ ۴۸,۰۰۰,۰۰۰ ریال قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- د : هزینه لنزهای تطابقی بای فوکال (دو کانونی) معادل هزینه لنزهای داخل چشمی منوفوکال قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

پروتز چشم مصنوعی

کمک هزینه پروتز چشم مصنوعی ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

لیزیک

کمک هزینه کلیه روشهای جراحی لیزری برای رفع عیوب انکساری چشم (لیزیک، لازک، Zyoptix و...) برای هر

چشم ۹۶،۰۰۰،۰۰۰ ریال

توضیحات:

- ۱- تایید لزوم انجام عمل لیزیک بر عهده شورای پزشکی مناطق می باشد.
- ۲- نمره هر چشم می بایست ۳ یا بالاتر از ۳ دیوپتر باشد. ضرورت انجام عمل لیزیک در موارد اختلاف شماره دو چشم، توسط شورای عالی پزشکی تعیین می گردد.
- ۳- در صورتیکه عیب انکساری با آستیگماتیسم همراه باشد حاصل جمع قدر مطلق میزان استیگمات به علاوه مقدار اسفر (عیب انکساری) مورد نظر می باشد.
- ۴- کمک هزینه لیزیک فقط برای یک بار قابل پرداخت بوده و در موارد درمان بیش از یک بار شرکت هیچگونه مسئولیتی را متقبل نمی شود.
- ۵- بیمار میتواند به هریک از مراکز معتبر در کشور مراجعه نماید.
- ۶- تایید هزینه عینک فقط در خصوص بیمارانی که قبلاً هزینه لیزیک را دریافت نموده اند، برای افراد بالاتر از ۴۲ سال و جهت عینک پیر چشمی مطابق ضوابط و مقررات مورد تایید است.
- ۷- در صورتی که بیمار قبلاً کمک هزینه عینک و لنز را دریافت کرده باشد، تایید هزینه عمل لیزیک بلامانع خواهد بود.
- ۸- تایید هزینه عینک برای بیمارانی که هزینه لیزیک یک چشم آنان تایید شده است بلامانع خواهد بود.

دندانپزشکی

- ۱: پروتز کامل دو فک ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۵ سال یکبار
- ۲: پروتز کامل یک فک ۷۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۵ سال یکبار
- ۳: پروتز پارسیل کروم کبالت یک فک ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۵ سال یکبار
- ۴: پروتز پارسیل اکریلی یک فک ۹۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال ۵ تا ۷ دندان - هر ۵ سال یکبار
- ۵: پروتز پارسیل اکریلی کمتر از ۵ دندان ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۵ سال یکبار
- ۶: روکش یک دندان از هر نوع ۴۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال حداکثر تا ۲۴ واحد با رؤیت رادیوگرافی PA (قبل و بعد درمان) توسط دندانپزشک معتمد
- ۷: روکش استیل اطفال (SSC) ۲۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال
- ۸: انواع پست با بیلد آپ (در ترمیم ها) یا پست وکورریختگی ۲۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال حداکثر تا ۲۴ واحد
- ۹: FRC هر واحد (مستقیم و غیر مستقیم) معادل یک واحد روکش با رعایت سقف کلی ۲۴ واحد
- ۱۰: فضانگه دار متحرک در ۱/۲ هر فک اطفال زیر ۱۴ سال (با هزینه لابراتوار) ۲۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال در سال
- ۱۱: فضا نگه دار ثابت در ۱/۲ هر فک اطفال زیر ۱۴ سال (با هزینه لابراتوار) ۳۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال در سال
- ۱۲: آلونولوپلاستی در ۱/۲ هر فک (افزایش ریح استخوانی برای پروتز کامل فک) ۳۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال
- ۱۳: وستیبولوپلاستی در ۱/۲ هر فک (افزایش عمق وستیبول برای پروتز کامل فک) ۵۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال
- ۱۴: نایت گارد (محافظ دندانی) هر فک ۲۷,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر سال یکبار
- ۱۵: ریلاین (اصلاح پروتز قدیمی متحرک) هر فک ۲۷,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- ۱۶: ری بیس (اصلاح پروتز قدیمی متحرک) هر فک ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار

توضیحات:

۱- کسانی که از پروتز پارسیل کروم کبالت یا اکریلی استفاده کرده اند در صورت نیاز به پروتز کامل می‌توانند از مزایای آن بهره‌مند گردند.

۲- در صورت بروز حوادث ناشی از کار که باعث شکستن دندان مصنوعی گردد با ارائه گزارش حادثه که به تأیید امور اداری شرکت مربوطه رسیده است و پس از تأیید شورای هزینه‌های درمانی منطقه، پرداخت کمک هزینه پروتز تا قبل از اتمام مدت تعیین شده بلامانع است.

۳- لامینیت (لامینیت کامپوزیتی یا لامینیت سرامیکی) از هر نوع معادل یک واحد روکش (از ۲۴ واحد کلی) قابل محاسبه است. (برای لامینیت عکس فتوگرافی قبل و بعد از درمان لازم است)

۴- ارائه و بررسی رادیوگرافی یا فتوگرافی اسناد پروتز (ایمپلنت، روکش و لامینیت) توسط دندانپزشک معتمد ضروری است.

۵- کلیه کمک هزینه‌های دندانپزشکی در صورت انجام توسط متخصص دندانپزشک مجاز با ۲۵٪ افزایش مبلغ درج شده در این دستورالعمل قابل تأیید می‌باشد.

تخصص‌های مورد نظر جهت افزایش ۲۵٪ به مبالغ کمک هزینه‌ها به شرح ذیل می‌باشد:

الف) خدمات ارتودنسی: متخصص ارتودنسی

ب) خدمات ایمپلنت: متخصص جراحی فک و صورت، متخصص جراحی پرئودنتال و متخصص و جراح درمان ریشه

ج) خدمات پروتزهای ثابت و متحرک و پروتزهای ایمپلنت: متخصص پروتزهای دهان و فک و صورت

د) خدمات ارتودنسی متحرک کودکان زیر ۱۲ سال و SCC: متخصص دندانپزشکی اطفال و متخصص ارتودنسی

ارتودنسی

الف : درمان ارتودنسی جامع سیستم دندانی ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

ب : درمان با اپلاینس متحرک (ارتودنسی متحرک) به ازاء هر اپلاینس تا سقف دو اپلاینس
۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

ج : درمان با اپلاینس ثابت (ارتودنسی متحرک) به ازاء هر اپلاینس تا سقف دو اپلاینس ۳۹,۰۰۰,۰۰۰ ریال

د : هزینه جراحی ارتوسرجری فقط در صورت تأیید شورای پزشکی منطقه مبنی بر نیاز بیمار به انجام
ارتوسرجری قبل از درمان ارتودنسی، قابل تایید می باشد.

د : در صورت تایید لزوم انجام ارتودنسی متحرک در سنین بالای ۱۴ سال توسط شورای پزشکی منطقه،
بازپرداخت کمک هزینه مربوطه بلامانع است.

توضیحات :

۱- پس از تأیید لزوم درمان ارتودنسی توسط مسئول دندانپزشکی منطقه و یا دندانپزشک معتمد منطقه،
نیازی به اخذ معرفی نامه به منظور شروع و ادامه درمان نمی باشد. اما بیمار می بایست حداکثر ظرف
یک سال پس از تایید، اقدامات درمانی را شروع نماید. در صورت عدم شروع درمان طی یکسال پس از
ضروری است موضوع مجدداً بررسی گردد.

۲- تصمیم گیری در مورد لزوم انجام و پرداخت کمک هزینه ارتودنسی به افرادی که دارای بیماریهای
مادرزادی مانند شکاف لب (cleft lip) و شکاف کام (cleft palate) و ... می باشند بر عهده شورای
عالی پزشکی است .

- ۳- پرداخت کمک هزینه مربوطه پس از پایان درمان ارتودنسی و یا در حین انجام کار با ارائه گواهی انجام خدمت توسط پزشک معالج و فاکتور پرداخت هزینه و تایید توسط مسئول دندانپزشکی منطقه یا دندانپزشک معتمد منطقه هر منطقه قابل پرداخت میباشد.
- ۴- شرط پرداخت کمک هزینه ارتودنسی در مورد خانواده بلافصل و افراد تحت تکفل، احراز شرایط تکفل آنان در هنگام شروع درمان می‌باشد.
- ۵- کمک هزینه ارتودنسی به صورت ۸۰٪ هزینه پروتز / ارتوز (بر عهده شرکت‌ها و مدیریتهای) و ۲۰٪ هزینه درمان (از محل بودجه ۱٪ سازمان) تفکیک می‌شود.
- ۶- کمک هزینه ارتودنسی در مورد هر فرد صرفاً یک بار در طول عمر و بر مبنای آخرین تعرفه مصوب زمان ارائه فاکتور هزینه قابل پرداخت می‌باشد.
- ۷- در صورت تأیید شورایعالی پزشکی مبنی بر نیاز بیمار به انجام ارتوسرجری قبل از درمان ارتودنسی، هزینه مربوطه به صورت جداگانه از هزینه درمان ارتودنسی و بر اساس کدهای مرتبط در کتاب «ارزشهای نسبی خدمات سلامت»، طبق روال جاری قابل تأیید است و بر عهده شرکت‌ها / مدیریتهای قابل پرداخت خواهد بود.
- ۸- در صورت نیاز به FACE MASK یا دستگاههای فانکشنال حداکثر معادل کمک هزینه "درمان با اپلاینس ثابت (ارتودنسی متحرک)" محاسبه و تایید گردد.
- ۹- انجام خدمات ارتودنسی به عنوان درمان غیرموظف سازمان می‌باشد، لذا مشمول تسهیلات اعزام بیمار نمی‌گردد.

ایمپلنت

- الف : فیکسچر و سایر هزینه ها هر واحد ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال - حداکثر ۸ واحد
- ب : روکش برای ایمپلنت هر واحد ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال - حداکثر ۸ واحد (از ۲۴ واحد کلی)

با توجه به بررسی های انجام شده، سایر هزینه‌های مرتبط با ایمپلنت شامل پیوند استخوان و استفاده از مواد بیومتریال به صورت گلوبال در افزایش کمک هزینه ایمپلنت منظور گردید و هزینه های مذکور به صورت مجزا قابل محاسبه نخواهد بود .

هزینه های انجام سینوس لیفت (باز و بسته) تا سقف تعرفه های بخش خصوصی وزارت بهداشت و به عهده سازمان به طور جداگانه قابل محاسبه و تأیید است.

توضیحات :

- ۱- کمک هزینه ایمپلنت صرفاً بعد از سن ۱۶ سالگی (تاریخ تولد + ۱۶ سال) به فرد تعلق می گیرد . در موارد خاص با سن کمتر ، موضوع در شورای پزشکی منطقه مورد طرح ، بررسی و تصمیم گیری قرار می گیرد .
- ۲- جهت پرداخت کمک هزینه ایمپلنت در سنین بالاتر از ۱۶ سال نیازی به تأیید شورای پزشکی مناطق نمی باشد
- ۳- تأیید نهایی پس از تکمیل درمان و ارائه گواهی دندانپزشک معالج و رادیوگرافی های قبل و بعد از درمان ، توسط مسئول بخش دندانپزشکی یا دندانپزشک معتمد منطقه صورت گرفته و کمک هزینه ایمپلنت بر عهده شرکت ها / مدیریتهای قابل پرداخت خواهد بود.
- ۴- انجام خدمات ایمپلنت به عنوان درمان غیرموظف سازمان می باشد، لذا مشمول تسهیلات اعزام بیمار نمی گردد.

۵- تعداد موارد قابل تأیید ایمپلنت حداکثر ۸ فیکسچر می‌باشد و هر واحد پروتز ایمپلنت (روکش دندان) از ۲۴ واحد کلی کسر می‌گردد.

۶- برای موارد اوردنچر متکی بر ایمپلنت :

هر واحد اوردنچر معادل یک واحد روکش ایمپلنت (از ۲۴ واحد کلی) ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

هر واحد فیکسچر اوردنچر (از ۸ واحد کلی) ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

پروتز کامل اوردنچر یک فک ۸۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال طبق مقررات مربوطه

پروتز کامل اوردنچر دو فک ۱۶۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال طبق مقررات مربوطه

۷- هزینه انجام CBCT برای ایمپلنت بر مبنای کدهای مرتبط در «کتاب ارزشهای نسبی خدمات و مراقبت سلامت» به صورت جداگانه به عهده شرکتها / مدیریتهای قابل پرداخت می‌باشد.

۸- هزینه انجام CBCT به جز در موارد انجام ایمپلنت بر مبنای کدهای مرتبط در «کتاب ارزشهای نسبی خدمات سلامت» قابل پرداخت بوده و بازپرداخت آن به عهده سازمان بهداشت و درمان می‌باشد.

۹- هزینه پیوند استخوان به جز در موارد انجام ایمپلنت با ارائه گواهی دندانپزشک معالج و رادیوگرافی های قبل و بعد از درمان و تأیید دندانپزشک معتمد، در موارد درمانهای پرئودنتال، جراحی فک و صورت و جراحی درمان ریشه، (بدون ایمپلنت) قابل پرداخت بوده و بازپرداخت آن بر اساس تعرفه بخش خصوصی دندانپزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مبلغ ذیل به عهده سازمان بهداشت و درمان می‌باشد.

پیوند جایگزینی استخوان برای حفظ ریح به ازاء هر موضع ۳۹,۰۰۰,۰۰۰ ریال

ایمپلنت ایثارگران

براساس نامه شماره رت م/۱۰۱/۵۶۴۷۶ مورخ ۹۹/۷/۱۲ رئیس محترم تدوین مقررات سازمان و نامه شماره ت ه م/۲۴۵۰۱۰ مورخ ۹۹/۷/۹ مدیر کل محترم تدوین و هماهنگی مقررات اداری و استخدامی وزارت نفت «در صورت تأیید شورای عالی پزشکی سازمان مبنی بر ارتباط مستقیم آسیب های ناشی از جانبازی فرد شاغل با بیماری های دهان و دندان و ناحیه فک و صورت کلیه محدودیت های مربوط به تعداد ایمپلنت، روکش دندان و سایر کمک هزینه های دندانپزشکی صرفاً در خصوص شخص جانباز حذف می گردد».

جوراب واریس

کمک هزینه یک جفت جوراب واریس با ارائه مستندات (تجویز پزشک و فاکتور معتبر) تا سقف ۲۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال، حداکثر دوبار در سال قابل پرداخت است.

جوراب آنتی آمبولی

کمک هزینه یک جفت جوراب آنتی آمبولی با ارائه مستندات (تجویز پزشک و فاکتور معتبر) تا سقف ۹,۰۰۰,۰۰۰ ریال، حداکثر دوبار در سال قابل پرداخت است.

آستین طبی

کمک هزینه یک عدد آستین طبی فشارنده مورد استفاده در بیماران لنف ادم با ارائه مستندات (تجویز پزشک و فاکتور معتبر) تا سقف ۹,۰۰۰,۰۰۰ ریال حداکثر دوبار در سال قابل پرداخت است.

پروتز سینه اکسترنال

تجویز پروتز سینه اکسترنال صرفاً به دنبال انجام ماستکتومی درمانی مجاز می باشد.
هزینه پروتز سینه اکسترنال و کرسر پروتز با ارائه مستندات (تجویز پزشک و فاکتور معتبر) جمعاً تا سقف ۴۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال، یکبار در سال قابل تایید بوده و پرداخت هزینه آن به عهده شرکتها / مدیریتهای می باشد.

کفش طبی

– کمک هزینه کفش طبی و صندل طبی و کفی طبی مجموعاً با تأیید واحد درمان غیرمستقیم و امور بیمه‌گری مناطق تا سقف ۲۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال، یکبار در سال قابل پرداخت است.

لازم به ذکر است جهت تأیید هزینه کفش طبی، مشخصات کفش طبی می‌بایست توسط متخصص ارتوپد و یا متخصص طب فیزیکی و توانبخشی و یا متخصص نورولوژی قید گردد و از مراکز ارتوپدی فنی / تجهیزات پزشکی / داروخانه دریافت گردد.

هزینه کفش طبی، صندل طبی و کفی‌های طبی خاص که در مراکز ارتوپدی فنی ساخته می‌شود با مبالغ غیرمتعارف با تأیید شورایعالی پزشکی قابل پرداخت است.

– کمک هزینه کفش طبی برای اطفال زیر ۱۴ سال تا سقف ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال، دوبار در سال قابل پرداخت است.

ارتوزهای سرپایی

کمک هزینه انواع ارتوزهای سرپایی مانند میچ بند، زانوبند، کتف بند، آرنج بند، فتق بند، گردن بند (کولار)، آویز دست، استرنوم ساپورت و کمرتهای کمری جمعاً تا سقف ۳۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال در سال قابل پرداخت است.

عصا و واکر

- کمک هزینه عصا ۹,۰۰۰,۰۰۰ ریال با ارائه مستندات (نسخه پزشک و فاکتور معتبر)
- کمک هزینه واکر ۱۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال با ارائه مستندات (نسخه پزشک و فاکتور معتبر)

زایمان طبیعی و سزارین

الف : در مناطق بهداشت و درمان که امکانات زایمان و سزارین در بیمارستانها و مراکز وابسته به سازمان وجود دارد، جمعیت تحت پوشش موظف به استفاده از خدمات موجود میباشند.

ب : در مناطق بهداشت و درمان که امکانات زایمان و سزارین در بیمارستانها و مراکز وابسته به سازمان وجود ندارد و بیمار از طریق سیستم ارجاع به صلاحدید بهداشت و درمان منطقه به مراکز طرف قرارداد معرفی می‌شود، هزینه ها طبق صورتحساب بیمارستان و مقررات مربوطه بر عهده سازمان قابل پرداخت است .

ج : با توجه به برنامه ترویج زایمان طبیعی در کشور کمک هزینه زایمان و سزارین در مورد افرادی که بدون رعایت سیستم ارجاع به مراکز درمانی غیرشرکتی مراجعه می‌نمایند به شرح زیر بر عهده شرکتها / مدیریتهای قابل پرداخت است :

– کمک هزینه زایمان طبیعی :

• حداکثر معادل ۱۰۰٪ تعرفه مصوب هیئت وزیران در بخش های دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی براساس نوع مجوز مرکز قابل تأیید است.

– کمک هزینه سزارین:

• حداکثر معادل ۱۰۰٪ تعرفه بخش دولتی، بخش عمومی غیردولتی، بخش خیریه و بخش خصوصی برای سزارین (براساس نوع مرکز) قابل تأیید است .

د : کمک هزینه زایمان در آب در مورد افرادی که بدون رعایت سیستم ارجاع به مراکز درمانی غیرشرکتی مراجعه می‌نمایند معادل کمک هزینه زایمان طبیعی محاسبه شده و پرداخت آن بر عهده شرکتها / مدیریتها می‌باشد.

خدمات پزشکی و درمانی در منزل

الف: کمک هزینه خدمات پزشکی و درمانی در منزل با ارائه درخواست / گواهی پزشک معالج و تأیید شورای پزشکی منطقه در خصوص لزوم ارائه خدمات مذکور در منزل، تعداد جلسات و مدت مورد نیاز، قابل تأیید خواهد بود. هزینه وسایل و لوازم مصرفی به صورت جداگانه بررسی خواهد شد.

ب: این کمک هزینه‌ها برای شاغلین و خانواده بلافصل (همسر و فرزندان) به طور کامل و برای خانواده تحت تکفل (پدر، مادر، خواهر، برادر و سایر) به صورت $1/3$ سهم کارمند و $2/3$ سهم کارفرما و برعهده شرکت‌ها/مدیریت‌ها، قابل پرداخت می‌باشد.

ج: لازم به توضیح است که مقررات $1/3$ سهم کارمند و $2/3$ سهم کارفرما برای افراد مشمول طرح «پرداخت ۱۰۰٪ هزینه درمان ایثارگران و خانواده تحت تکفل آنان» لحاظ نشده و پرداخت کل مبلغ کمک هزینه بر عهده شرکتها / مدیریتها می‌باشد.

د: موضوع استفاده از فرد مراقب ثابت در منزل مربوط به نگهداری و مراقبت از بیمار است که می‌بایست در تعریف «کمک هزینه معاش» جهت نگهداری از بیمار در منزل گنجانده شود و تعیین ضرورت استفاده از پرستار ثابت در منزل به عنوان مراقب بیمار در حوزه تعهدات سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت نمی‌باشد.

هـ: در مواردی که نیاز فرد بیمار تحت پوشش صندوق‌های بازنشستگی (با ناتوانی جسمی شدید) تلفیقی از درمان و مراقبت باشد، موضوع در شورای پزشکی منطقه با حضور مددکار صندوق‌های بازنشستگی مطرح و لزوم خدمات کمک پرستاری و توانبخشی طبق تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران به عهده شرکتها/مدیریتها بررسی و در صورت امکان تأیید خواهد شد.

فیزیوتراپی در منزل

الف: کمک هزینه فیزیوتراپی در منزل با ارائه درخواست پزشک معالج و تأیید شورای پزشکی منطقه در خصوص لزوم ارائه خدمات فیزیوتراپی در منزل و تعداد جلسات مورد نیاز، قابل تأیید خواهد بود.

ب: کمک هزینه ارائه خدمات فیزیوتراپی در منزل تا سقف ۶۰ جلسه در سال و براساس رأی شورای پزشکی منطقه قابل پرداخت می‌باشد. در صورت ادامه وضعیت، بیمار به علت ابتلا به «بیماریهای ناتوان کننده منجر به معلولیت» جزء مشمولین ارائه خدمات حمایتی - توانبخشی قرار خواهد گرفت.

ج: این کمک هزینه برای شاغلین و خانواده بلافصل (همسر و فرزندان) به طور کامل و برای خانواده تحت تکفل (پدر، مادر، خواهر، برادر و سایر) به صورت ۱/۳ سهم کارمند و ۲/۳ سهم کارفرما و برعهده شرکت‌ها / مدیریت‌ها، قابل پرداخت می‌باشد.

د: لازم به توضیح است که مقررات ۱/۳ سهم کارمند و ۲/۳ سهم کارفرما برای افراد مشمول طرح «پرداخت ۱۰۰٪ هزینه درمان ایثارگران و خانواده تحت تکفل آنان» لحاظ نشده و پرداخت کل مبلغ کمک هزینه بر عهده شرکتها / مدیریتها می‌باشد.

ناباروری

هزینه‌های درمان ناباروری بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغی کشوری قابل تأیید است. با توجه به آخرین استعلام به عمل آمده از پژوهشگاه رویان، تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی ناباروری با توجه به کدهای ملی کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت و تا سقف تعرفه مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی محاسبه می‌گردد.

توضیحات:

- ۱- جهت استفاده از تسهیلات درمان ناباروری اخذ مجوز شورای پزشکی منطقه ضروری است.
- ۲- در صورت وجود فرزند / فرزندان مشترک بین زوجین و بروز مسئله ناباروری و تأیید شورای پزشکی مناطق بهداشت و درمان صنعت نفت در خصوص ضرورت انجام درمان، کمک هزینه درمان ناباروری قابل تأیید و پرداخت می‌باشد.

۳- در صورت انجام روشهای جدید درمان ناباروری (مانند رحم جایگزین، اهداء تخمک، اهداء اسپرم، اهداء جنین و ...)، کمک هزینه مربوطه به میزان کمک هزینه مصوب انجام یک نوبت میکروآی‌نچکشن و با رعایت ضوابط و مقررات دستورالعمل کمک هزینه درمان ناباروری قابل پرداخت می‌باشد.

۴- انجام عمل فریز جنین مورد تأیید است.

۵- داروهای تجویز شده در درمان ناباروری طبق مندرجات نسخه پزشک متخصص معالج بیمار و براساس فارماکوپه دارویی بهداشت و درمان صنعت نفت و بدون کسر فرانشیز به عهده شرکت / مدیریت مربوطه قابل تأیید می‌باشد. در صورتی که داروی تجویز شده خارج از فارماکوپه سازمان باشد لازم است جهت تعیین ضرورت به شورایعالی پزشکی ارجاع گردد.

۶- هزینه ویزیت تخصصی و فوق تخصصی و کلیه آزمایشات پاراکلینیکی، سونوگرافی و سایر اعمال جراحی و یا اقدامات تشخیصی درمانی در صورت تأیید درمان ناباروری توسط شورای پزشکی منطقه تا سقف تعرفه‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش خصوصی قابل پرداخت است.

۷- در مواردی که دریافت خدمات مربوط به تشخیص و درمان ناباروری از مراکز وابسته به سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت با تعرفه خصوصی و یا مراکز دولتی - دانشگاهی طرف قرارداد سازمان امکانپذیر باشد، هزینه‌های مربوطه برای افراد واجد شرایط، به حساب شرکتها / مدیریتها منظور خواهد شد.

۸- هزینه درمان ناباروری برای همسر دوم و یا سایر همسران قابل تأیید می‌باشد.

۹- کمک هزینه درمان ناباروری پس از تأیید مناطق بهداشت و درمان صنعت نفت از طرف شرکتها / مدیریتها قابل پرداخت می‌باشد و لازم است کمک هزینه‌های تأیید شده در نرم افزار مربوطه ثبت گردد.

ختنه

- الف : در مناطق بهداشت و درمان که امکانات ختنه اولاد در بیمارستانها و مراکز وابسته به سازمان وجود دارد ، جمعیت تحت پوشش موظف به استفاده از خدمات موجود میباشد.
- ب : در مناطق بهداشت و درمان که امکانات ختنه اولاد در بیمارستانها و مراکز وابسته به سازمان وجود ندارد و بیمار از طریق سیستم ارجاع به صلاحدید بهداشت و درمان منطقه به مراکز طرف قرارداد معرفی می‌شود، هزینه‌ها طبق صورتحساب بیمارستان و بر عهده سازمان قابل پرداخت است.
- ج : کمک هزینه انجام ختنه اولاد در مورد افرادی که بدون رعایت سیستم ارجاع به مراکز درمانی غیرشرکتی مراجعه می‌نمایند بر عهده شرکتها / مدیریت‌ها قابل پرداخت است .
- «کمک هزینه انجام ختنه اولاد به هر روش در تمامی سطوح سنی به طور گلوبال تا سقف ۲۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال قابل تأیید است.»

هزینه اقامت همراه بیمار

- هزینه اقامت همراه بیمار بستری با رعایت مقررات موضوعه در بیمارستانهای طرف قرارداد و غیرطرف قرارداد در مورد کودکان کمتر از ۱۰ سال و بیماران بالاتر از ۷۰ سال مورد تأیید است . در فاصله سنی ۱۰ تا ۷۰ سال و تجویز ضرورت داشتن همراه توسط پزشک معالج در صورت تأیید موضوع در شورای پزشکی منطقه قابل پرداخت می باشد .
- لازم به ذکر است در کلیه موارد فوق الذکر ، هزینه همراه به عهده شرکت /مدیریت ها می باشد .

گلوکومتر

الف : دستگاه گلوکومتر

۹,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار

ب : منضمت گلوکومتر در بیمار تحت درمان داروی خوراکی

۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال در ماه

ج : منضمت گلوکومتر در بیمار تحت درمان انسولین

۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال در ماه

پمپ انسولین و منضمت آن

پمپ انسولین و منضمت آن با فاکتور معتبر پس از تأیید ضرورت و مبلغ قابل پرداخت توسط شورایعالی پزشکی به عهده شرکت / مدیریت قابل تأیید است .

آلرژی

- هزینه های درمان آلرژی در افراد تا پایان ۱۴ سالگی در صورت تایید شورای پزشکی منطقه مبنی بر ضرورت درمان ، حداکثرطبق تعرفه های مصوب هیئت وزیران در بخش دولتی و بدون اخذ فرانشیز قابل تایید بوده و پرداخت آن بر عهده سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت می باشد.
- تأیید ضرورت درمان آلرژی در افراد بالای ۱۴ سال بر عهده شورای عالی پزشکی می باشد.
- واکسن آلرژی در صورت تجویز توسط فوق تخصص ایمنولوژی و آلرژی به شرط تهیه از داروخانه های دولتی / داروخانه های منتخب مورد قبول بوده و هزینه آن بر عهده شرکتها/مدیریتها می باشد.

انجام واکسیناسیون خارج از برنامه کشوری

- هزینه واکسیناسیون خارج از برنامه کشوری از قبیل هیپاتیت، آنفلوآنزا و مننژیت برعهده شرکتها / مدیریتهای می باشد .
- هزینه سایر واکسیناسیون‌های خارج از برنامه کشوری در صورت تأیید شورایعالی پزشکی مبنی بر ضرورت انجام آن ، برعهده شرکتها/مدیریت‌ها می باشد .

تجهیزات پزشکی

- ۱- CPAP با تأیید شورای عالی پزشکی به میزان ۳۹۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- ۲- BIPAP با تأیید شورای عالی پزشکی به میزان ۶۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- ۳- کمک هزینه ماسک CPAP و BIPAP ۴۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۳ سال یکبار
- ۴- پمپ دسفرال با تأیید شورای پزشکی منطقه به میزان ۹۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
- ۵- پالس اکسی متر با تأیید شورای پزشکی منطقه به میزان ۲۷,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- ۶- اکسیژن ساز با تأیید شورای عالی پزشکی به میزان ۴۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- ۷- تشک موج با تأیید شورای پزشکی منطقه به میزان ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۲ سال یکبار
- ۸- ساکشن با تأیید شورای پزشکی منطقه به میزان ۷۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- ۹- دستگاه بخور سرد با تأیید شورای پزشکی منطقه به میزان ۲۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۳ سال یکبار
- ۱۰- دستگاه نبولایزر با تأیید شورای پزشکی منطقه به میزان ۴۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۳ سال یکبار
- ۱۱- کپسول اکسیژن و مانومتر با تأیید شورای پزشکی منطقه به میزان ۵۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- ۱۲- هزینه شارژ کپسول به میزان ۵,۱۰۰,۰۰۰ ریال در ماه
- ۱۳- ویلچر با تأیید شورای پزشکی منطقه به میزان ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۳ سال یکبار
- ۱۴- تخت بستری بیمار با تأیید شورای پزشکی منطقه به میزان ۲۷۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال فقط یکبار

توضیحات:

هزینه تعمیرات اکسیژن ساز، CPAP و BIPAP، مجموعاً تا سقف ۲۰٪ مبلغ مصوب کمک هزینه فوق بدون احتساب سال خرید دستگاه مربوط به آن دستگاه هر ۵ سال یکبار قابل تأیید است.

لوازم مصرفی بیماران

هزینه لوازم مصرفی بیماران مزمن (پوشک، کیسه کولستومی، زیرانداز و ...) پس از تأیید شورای پزشکی منطقه براساس نرخ متعارف منطقه و متناسب با مبلغ فاکتور معتبر ارائه شده مورد تأیید است.

اروتز / پروتزو اعضای مصنوعی ایثارگران

۱- هزینه پروتزو / اروتزها و هزینه اعضای مصنوعی (چشم، اندام فوقانی، اندام تحتانی) که به منظور بهبود وضعیت معلولیت ناشی از جانبازی مشمولین استفاده از طرح «پرداخت ۱۰۰٪ هزینه‌های درمانی ایثارگران و خانواده تحت تکفل آنان»، از مراکز هلال احمر / مراکز فنی ارتوپدی وابسته به بنیاد شهید و امور ایثارگران / مراکز ارتوپدی فنی وابسته به سازمان بهزیستی تهیه شده باشد، در صورت تأیید شورای عالی پزشکی تا ۱۰۰٪ بر عهده شرکتها / مدیریتهای قابل محاسبه و تأیید است.

در صورت تهیه پروتزو / اروتزها و اعضای مصنوعی از سایر مراکز فنی، ضرورت استفاده و مبلغ قابل بازپرداخت، از طریق طرح موضوع و تصمیم‌گیری در شورای عالی پزشکی قابل بررسی است.

۲- مقررات ۱/۳ سهم کارمند و ۲/۳ سهم کارفرما برای افراد مشمول طرح «پرداخت ۱۰۰٪ هزینه درمان ایثارگران و خانواده تحت تکفل آنان» لحاظ نشده و پرداخت کل مبلغ کمک هزینه تأیید شده بر عهده شرکتها / مدیریتهای می باشد.

۳- براساس نامه شماره رت م/۵۶۴۷۶/۱۰۱ مورخ ۹۹/۷/۱۲ رئیس محترم تدوین مقررات سازمان و نامه شماره ت ه م/۲۴۵۰۱۰ مورخ ۹۹/۷/۹ مدیر کل محترم تدوین و هماهنگی مقررات اداری و استخدامی وزارت نفت

«در صورت تأیید شورای عالی پزشکی سازمان مبنی بر ارتباط مستقیم آسیب های ناشی از جانبازی فرد شاغل با بیماری های دهان و دندان و ناحیه فک و صورت کلیه محدودیت های مربوط به تعداد ایمپلنت ، روکش دندان و سایر کمک هزینه های دندانپزشکی صرفاً در خصوص شخص جانباز حذف می گردد ». بدیهی است ارائه مستندات و مدارک هزینه های پرداخت شده طبق مقررات ضروری است .

سایر اروتزها و پروتزها

- ۱- نظر به اینکه حسب ضوابط و مقررات اعلام شده از سوی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی، قیمت مصوب تجهیزات و ملزومات پزشکی از طریق سامانه اداره کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزومات پزشکی به آدرس www.imed.ir اعلام گردیده است و جهت کلیه مراکز درمانی اعم از مراکز درمانی تابعه دانشگاههای علوم پزشکی ، نیروهای مسلح ، تامین اجتماعی و خصوصی لازم الاجرا می باشد، ۱۰۰٪ هزینه پروتز / اروتز های مورد استفاده در حین عمل جراحی نیز بر اساس همین قیمتها به عهده شرکتها / مدیریت ها قابل تأیید است.
- ۲- هزینه آن تعداد از اقلام اروتز / پروتز سرپایی و بریس هایی که توسط مراکز فنی ارتوپدی تهیه می شود و نرخ ثابت دولتی نداشته و تهیه آن با حواله از طریق سازمان هلال احمر جمهوری اسلامی ایران مقدور نمی باشد ، بر مبنای ۹۰٪ نرخ متعارف منطقه ای که پروتز / اروتز خریداری شده است و پس از تأیید شورای هزینه های درمانی منطقه بر عهده شرکتها / مدیریتها قابل محاسبه و تأیید است .
- ۳- هزینه اعضای مصنوعی (اندام فوقانی ، اندام تحتانی) که نرخ ثابت دولتی نداشته و تهیه آن با حواله از طریق سازمان هلال احمر جمهوری اسلامی ایران مقدور نمی باشد ، بر اساس رای شورای عالی پزشکی و پس از تأیید شورای هزینه های درمانی منطقه، بر عهده شرکتها / مدیریتها قابل محاسبه و تأیید است .

۴- تأیید شورای هزینه‌های درمانی منطقه پس از حصول اطمینان از پرداخت هزینه و صحت و اصالت مدارک و استفاده آن توسط بیمار انجام می‌شود.

۵- کمک هزینه پروتز و ارتوز خانواده تحت تکفل کارمندان (پدر، مادر، برادر و خواهر) بر مبنای ۱/۳ سهم کارمند و ۲/۳ سهم شرکت متبوع قابل محاسبه می‌باشد. این قانون شامل کلیه پروتز / ارتوز های مورد استفاده در حین عمل جراحی و کلیه پروتز / ارتوزهای سرپایی (عینک، سمعک، کمک هزینه های دندانپزشکی و غیره) می‌گردد. (به استثناء افراد مشمول طرح پرداخت ۱۰۰٪ هزینه درمان ایثارگران و خانواده تحت تکفل آنان)